

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

THESE

POUR

N° 297

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

par

Jean MATHIEU

Né le 30 Mars 1913, à Chalons-sur-Marne (Marne)

LES DUODÉNITES PSEUDO-ULCÉREUSES

Président : M. LEMIERRE, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, Éditeurs

23, Rue de l'École-de-Médecine, 23

1940

702

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

par

Jean MATHIEU

Né le 30 Mars 1913, à Chalons-sur-Marne (Marne)

**LES DUODÉNITES
PSEUDO-ULCÉREUSES**

Président : M. LEMIERRE, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, Éditeurs

23, Rue de l'École-de-Médecine, 23

1940

LE DOYEN TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLERY- RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	ABRAMI.
Clinique médicale	FIESSINGER.
	LOEPER.
Hygiène et clinique de la première enfance	RATHERY.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	LEREBoullet.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	
Clinique des maladies du système nerveux	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique des maladies infectieuses	GOUGEROT.
	GUILLAIN.
Clinique chirurgicale	LEMIERRE.
	CUNEO.
	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	OMBREDANNE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MOCQUOT.
Clinique thérapeutique médicale	HARVIER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre Duval.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte ..	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance Médico-sociale	N...
	HAZARD.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

AMELINE	Pathologie chirurgicale.
BARIETY	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne)	Pathologie médicale.
BESANÇON (Justin)	Hydrologie.
BONNET	Bactériologie.
BOULANGER	Chimie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BROUET	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CACHERA	Pathologie médicale.
CORDIER	Anatomie.
COSTE	Pathologie médicale.
COUVELAIRE (Roger)	Urologie.
DELARUE	Anatomie pathologique.
DELAY	Pathologie médicale.
DEGREZ (H.)	Physique.
DESOILLE	Médecine légale.
DIGONNET	Obstétrique.
DOGNON	Physique.
FEVRE	Pathologie chirurgicale.
FUNCK - BRENTANO	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.
GARCIN	Pathologie médicale.
Mlle GAUTHIER-VILLARS	Anatomie pathologique.
GAYET	Physiologie.
DE GENNES	Pathologie médicale.

MM.

GIROUD	Histologie.
HALPHEN	Pathologie médicale.
HAGUENAU	Oto - rhino - laryngologie.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL ..	Obstétrique.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LENEGRE	Pathologie expérimentale.
LEMAIRE	Pathologie médicale.
Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
MARCHAL	Pathologie médicale.
MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PATEL	Pathologie chirurgicale.
PETIT - DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.
RENARD	Ophtalmologie.
RICHET	Physiologie.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
SICARD	Pathologie chirurgicale.
SOULIE	Pathologie médicale.
SUREAU	Obstétrique.
TURPIN	Pathologie médicale.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Obstétrique.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.
GUENIOT	Pharmacologie.
HEITZ-BOYER ..	Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE ..	Parasitologie.
VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.
ALAJOUANINE ..
BRULE
CATHALA
CHABROL
CHEVALLIER ...
DONZELOT
DUVOIR
GASTINEL
HUGUENIN
LAROCHÉ (G.) .
LIAN
MOREAU
PIEDELIEVRE ..
SEZARY

Clinique
médicale.

MM.
BASSET
BROCO
CADENAT
GATELLIER
de GAUDART
d'ALLAINES ..
LEVEUF
MOULONGUET ..
MOURE
QUENU

Clini
chirurg

MM.

EGALLE
METZGER
PORTES
VIGNES

Clinique
obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique.
LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
RUPPE Stomatologie.
WEIL-HALLE Puériculture.

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté qu
les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présen
tes, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs e
qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation*

A MES PARENTS

A MES FRERES

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

A MA FEMME

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMIERRE

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin des Hôpitaux

Officier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait le grand hon-
neur d'accepter la présidence de
cette thèse.*

Hommage respectueux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR P. BRODIN

Médecin des Hôpitaux

*En remerciement pour les con-
seils qu'il nous a prodigués au
cours de l'élaboration de ce tra-
vail.*

*Témoignage de profonde
reconnaissance.*

A MES MAITRES DE L'HOPITAL DE REIMS
ET DE L'ECOLE DE MEDECINE DE REIMS

A MES MAITRES DE L'HOPITAL MIXTE DE MELUN

A MES MAITRES
DE LA FACULTE DE MEDECINE
ET DES HOPITAUX DE PARIS

A MES CAMARADES D'EXTERNAT DE REIMS

A MES CAMARADES D'INTERNAT DE MELUN

Les Duodénites pseudo-ulcéreuses

INTRODUCTION

Il nous a paru important d'étudier la duodénite à forme pseudo-ulcéreuse sur laquelle Monsieur le Docteur BRODIN à propos de plusieurs cas observés a attiré notre attention. Affection certainement plus fréquente qu'on ne le croit, revêtant une allure essentiellement protéiforme, elle présente avec l'ulcère du duodénum une particulière difficulté de diagnostic. De même expression clinique, elles ont toutes les deux les mêmes complications : hémorragies digestives, hématomèses, melœna, et présentent à l'examen radiologique des déformations importantes du duodénum.

Les lésions de duodénite ont été rencontrées avec une grande fréquence d'abord dans les autopsies, soit isolées, soit en association avec des lésions de la muqueuse gastrique ou jéjunale. Mais les recherches médico-chirurgicales ont apporté la preuve, au cours de gastrectomies pour ulcère duodénal surtout, de l'existence d'une duodénite, constatée et étudiée ensuite sur les pièces opératoires.

A côté de l'ulcère, il faut donc réserver une place importante, parmi les lésions du duodénum, aux inflammations et aux malformations, entraînant des troubles ne s'éclairant que par un diagnostic précis et comportant une thérapeutique spécifique.

Le duodénum est pour le chyme un lieu de passage particulièrement court. Sa richesse en filets nerveux sensitifs est fort grande. L'importance de la perméabilité de sa muqueuse, la composition et la diversité des ferments ainsi que la rapidité de l'absorption à ce niveau, favorisent les accidents toxiques.

La propagation par voie lymphatique au duodénum, d'inflammations à point de départ iléo-cæcal, semble expliquer l'origine de ces troubles, l'appendicite chronique en étant la principale cause. Nous rechercherons donc avant toute le point douloureux de la région iléo-cæcale par la palpation en position verticale, ainsi que les signes radiologiques traduisant l'atteinte appendiculaire. Nous devons le plus précocement possible poser un diagnostic exact de l'affection d'après l'existence d'un point douloureux para-ombilical et des signes cliniques particuliers; mais exceptionnellement seulement ces signes suffiront à trancher l'hésitation. Il faut alors recourir à un examen radiologique sérieux et à l'étude de la traversée digestive. Celle-ci montre comme nous le verrons plus loin un arrêt au niveau du génu-inférius, causant une stase des aliments et des ferments dont l'irritation finit

par déterminer une inflammation du duodénum pouvant par péri duodénite gagner la vésicule biliaire, provoquant une cholécystite secondaire avec gêne d'évacuation de la bile et pouvant entraîner un spasme duodénal à la jonction des deux premières portions et une gêne d'évacuation du bulbe.

On se trouve alors devant un syndrome présentant avec l'ulcère du duodénum une grande analogie, d'autant plus que le tubage gastrique peut ramener un liquide hyperchlorhydrique après repas d'épreuve et de l'hypersecretion à jeun. Sauf dans de rares cas où le tableau clinique suffit à faire la différenciation, seule la radio, et l'étude du transit duodénal pourront trancher notre hésitation, avec la coexistence du point douloureux iléo-cæcal en station verticale.

Nous ferons suivre cette étude diagnostique de quelques considérations sur le traitement qui doit être précoce et viser avant tout le point de départ, l'inflammation iléo-cæcale par l'ablation d'un appendice chroniquement enflammé.

ETUDE HISTORIQUE

En 1921, JUDD réunit plusieurs cas de duodénite, caractérisés anatomiquement par une congestion de la paroi et présentant cliniquement le tableau de l'ulcère gastro-duodéal. Quelques années plus tard, en 1927, P-LENOIR et P. BRODIN, dans une communication à la Société de gastro-entérologie, signalent le point para-ombilical droit, capital pour le diagnostic des lésions pyloro-duodénales. BEULE en 1928 dans un rapport à la Société Belge de gastro-entérologie fait ressortir l'importance de la stase duodénale « sans obstacle empêchant la progression de la baryte ».

Plus récemment dans les bulletins de la Société de gastro-entérologie paraissent les mémoires de BRODIN et de Madame TEDESCO (1934) sur les spasmes duodénaux dans l'appendicite chronique, et ceux de KADRŇKA et BARDET. En octobre 1934, PIOT à la Société de Radiologie, disjoint parmi les infections du carrefour iléo-cæcal capables de se compliquer de troubles duodénaux, l'appendicite chronique de la dysergie iléo-cæcale de LARDENNOIS. Les travaux de KIRKLIN en 1934 et de MILLER

nous font connaître les signes radiologiques et établissent un ensemble de symptômes positifs au diagnostic; enfin la publication de PAVEL et PAUNESCO-PODEANO sur les affections non ulcéreuses du duodénum a récemment mis la question au point.

ETUDE ETIOLOGIQUE ET PATHOLOGIQUE

La Duodénite, que la clinique n'avait fait que pressentir a été démontrée par la nécropsie puis par la radiologie. Les recherches effectuées ont confirmé l'étroite parenté qui existe entre les affections de la région cæco-appendiculaire et le Duodénum. Depuis DESCAMPS et TURNESCO, BRAITHWAITE, BERCEANU, nous savons que les vaisseaux lymphatiques issus de l'appendice se jettent dans les lymphatiques coliques droits après avoir suivi les vaisseaux mésentériques.

D'après BERCEANU, ces lymphatiques dont le point de départ est la région appendiculaire se jettent dans les ganglions rétro-duodénaux.

Pour BRAITHWAITE, ces lymphatiques passent par trois relais ganglionnaires. Les vaisseaux issus du groupe duodéno-pancréatique se rendent en passant devant la troisième portion du Duodénum aux ganglions entourant les vaisseaux mésentériques supérieurs, et s'abouchent dans le groupe lombaire. Ces vaisseaux se terminant dans des ganglions situés le long de la première et de la

deuxième portion du duodénum et dans les ganglions entourant le cholédoque ou la vésicule biliaire, il y a donc par voie lymphatique un apport dans la région duodénale ou cystique de la lymphe infectée dans la région cæco-appendiculaire, on trouve donc à la base des lésions duodénales, des lésions d'appendicite chronique, ce que LARDENNOIS appelait la dysergie iléo-cæcale « un ensemble dont la symptomatologie est complexe et dont le traitement devra nécessairement supprimer toutes les causes... » et la stase cæco-ascendante.

Les faits expérimentaux démontrent par ailleurs le retentissement des troubles de la région cæco-appendiculaire sur le duodénum. En injectant du naphthol β dans les artérioles du cæco colon H. ROGER constate au niveau du duodénum des lésions de congestion et des suffusions hémorragiques dans la muqueuse. NATTAN et LOEWY réalisent des lésions duodénales après injection de produits septiques dans une anse préalablement ligaturée. Les malformations de la région iléo-cæcale peuvent entretenir ces troubles en provoquant une gêne à l'évacuation iléale.

Des inflammations diverses peuvent, plus rarement il est vrai, être à l'origine de cette affection, en particulier celles portant sur le péritoine de la région duodénale ou sur le système lymphatique.

Les séquelles d'affections anciennes, ou des affections chroniques touchant l'intestin, l'appendice, ou les annexes chez la femme, ou des affections ignorées ou négli-

gées du péritoine succédant à des affections générales sont souvent le point de départ d'une irritation locale avec retentissement sur le duodénum. L'angine souvent rentre dans ce cas par les lésions lymphatiques et les atteintes éloignées qu'elle produit.

CHIRAY et ARCY ont montré l'importance d'une appendicectomie trop tardive ou imparfaite pouvant amener une duodénite ou une périduodénite avec syndrome pseudo-ulcéreux. Nous noterons que ces malades sont presque tous des hommes, présentant facilement un état de déséquilibre vago-sympathique, souvent aggravé par des troubles endocriniens. Souvent aussi ces sujets sont des éthyliques, ils aiment les plats pimentés, mangent vite et ont une mastication imparfaite, ce qui explique la coexistence de lésions de gastrite à la duodénite qu'ils présentent. Ces malades sont des amaigris avec antécédents de troubles digestifs vagues tels que embarras gastriques frustes ou intolérance alimentaire passagère dans l'enfance. Presque tous sont des constipés chroniques avec de temps à autre des débauches diarrhéiques.

La lésion initiale consiste essentiellement en une stase duodénale. Sous l'effet de cette stase des aliments et aussi des ferments, substances particulièrement toxiques, la paroi duodénale subit une irritation d'abord puis une inflammation constituant le point de départ de la duodénite, celle-ci se complique de périduodénite puis, par propagation, la vésicule biliaire devient le siège d'une

cholécystite secondaire produisant une gêne d'évacuation de la bile et constituant une nouvelle compression du duodénum par spasme au gènu-supèrius.

L'ensemble offre alors une association de troubles gastriques, duodénaux, hépatiques, nerveux avec fléchissement important de l'état général.

ETUDE SYMPTOMATOLOGIQUE

On se trouve devant des malades présentant un tableau de dyspepsie, celle-ci consiste essentiellement en un syndrome caractérisé par la difficulté de la digestion avec retentissement sur l'état général et l'état nerveux en particulier mais comprenant en outre associés ou prédominant selon les cas des troubles gastriques hépatiques et intestinaux.

On connaît la phrase classique de LASÈGUE : « le dyspeptique n'est dyspeptique qu'à la condition de souffrir et de se plaindre ».

I. — Ce qui importe donc avant tout dans les troubles gastriques est la douleur. Douleur rarement précoce habituellement tardive 3 ou 4 heures après les repas avec rémissions et rechutes périodiques. La sensation douloureuse est violente, elle siège à l'épigastre et s'irradie dans le dos, sur les côtés ou vers l'épaule gauche; elle peut être calmée ou atténuée par les vomissements, par l'absorption d'aliments, ou par une position particulière. Plus ou moins violente(elle peut consister uniquement en pesanteur épigastrique après les repas) il s'agit d'une

douleur de siège et de type imprécis, d'allure essentiellement capricieuse. Parfois le symptôme essentiel est représenté par une sensation de malaise épigastrique avec impression de pesanteur ou de ballonnement après les repas.

II. — Symptômes hépatiques se traduisant par des nausées fréquentes, des migraines, de la congestion de la face, des insomnies la nuit ou une tendance au sommeil après les repas, une langue saburrale, de la fétidité de l'haleine. Ces malades présentent un peu de subictère parfois avec rémissions, des matières légèrement décolorées et des urines assez riches en pigments et en sels biliaires.

III. — Des symptômes intestinaux caractérisés par des fermentations avec gaz et des troubles du transit. Ce dernier est parfois retardé. Dans une statistique établie par MILLER et portant sur 25 cas on trouve 7 fois un retard du transit, 5 fois une accélération et dans 13 cas le transit était à peu près normal. On peut enfin constater des hématomèses ou du méléna par réactions congestives et suffusions hémorragiques au niveau de la muqueuse; rarement l'hémorragie est plus importante, liée à des exulcérations et pouvant entraîner la mort du malade. Dans certains cas, heureusement plus rares, le tableau est plus dramatique et présente le type de perforation péritonéale. PUHL a montré un cas analogue avec gastroduodénite érosive. On a expliqué cette forme grave

par des lésions d'irritation péritonéale causée par une lymphangite sous séreuse secondaire.

IV. — L'état général est déficient, l'amaigrissement est sensible, parfois brutal au moment des crises avec amélioration dans l'intervalle, on peut trouver un léger mouvement fébrile.

L'asthénie est de règle. Ce sont des malades qui se fatiguent au moindre effort, leur moral est souvent déficient pouvant aller jusqu'au désespoir ou à la mélancolie. Cet état d'épuisement nerveux est dû à la résorption des toxines très importante au niveau du duodénum, ainsi qu'aux souffrances trop longtemps et trop régulièrement répétées.

A l'examen, il est nécessaire tout d'abord d'interroger par la palpation la sensibilité profonde de l'abdomen. Il est en effet fréquent de noter l'existence d'un point douloureux para-ombilical droit signalé par P. LENOIR et P. BRODIN dans une communication à la Société de gastro-entérologie de Paris; ce point situé à un centimètre de l'ombilic dans l'angle formé par la ligne de MAC BURNEY et la moitié droite de l'horizontale passant par l'ombilic est mis en évidence par la palpation profonde en station verticale et permettra de déceler chez les sujets porteurs d'une lésion du carrefour pyloro-duodénal une douleur nette à ce niveau. L'existence de ce point douloureux en position debout chez un dyspeptique constitue un élément

de différenciation très important avec les affections vésiculaires primitives, le point para-ombilical droit de LENOIR et BRODIN faisant défaut dans les lésions vésiculaires pures, n'ayant pas contracté d'adhérences avec la région pyloroduodénale.

Dans certains cas particuliers, sujets maigres ou à parois flasques, on peut palper directement le duodénum et trouver en dehors du muscle grand droit, à un ou deux centimètres un corps peu mobile, dense, cylindrique le long d'une ligne presque parallèle au bord inférieur du foie. Pour GUBERGRTZ et TCHAYKA, on palperait en cette région la portion initiale et contractée du duodénum. On ne manquera pas de rechercher la coexistence d'un point douloureux iliaque droit en position verticale, correspondant au point d'implantation de l'appendice sur le cæcum.

Après l'examen du sujet, on attribuera une grande importance aux examens de laboratoire. Le chimisme gastrique révèle une hyper-acidité avec hypersecrétion de mucus.

Le tubage duodénal apporte des renseignements caractéristiques. L'introduction et le maintien du tube d'EINHORN ne s'opère souvent qu'avec de grandes difficultés.

Cette opération au cours de certaines séances est même impossible, cela est dû à l'irritabilité particulière du duodénum devant son inflammation. Souvent, l'olive ne ramène pas de bile, mais un liquide légèrement teinté,

même après épreuve de MELTZER Lyon, ce qui traduit l'état de déséquilibre entre le duodénum et ses glandes annexes.

La cytologie duodénale fournit d'autres enseignements symptomatiques de la duodénite; le culot de centrifugation montre la présence de cellules épithéliales cylindriques. Ces cellules sont peu à peu remplacées par des leucocytes. On peut rencontrer à côté, des hématies qui traduisent la fragilité de la muqueuse, des détritits cellulaires et des microbes, entérocoques ou coli.

Dans les urines, l'augmentation de l'urobiline est un signe en faveur du diagnostic de duodénite dans une affection à type d'ulcère.

L'examen sanguin peut montrer une légère anémie.

En définitive, ce sera l'examen radiologique qui pourra affirmer le diagnostic. Alors qu'on pense souvent à un ulcère, on sera étonné de constater l'absence de la niche caractéristique.

D'autres signes léveront l'hésitation et suffiront à affirmer la lésion duodénale. EASTMOND en 1926 remarque comme symptôme caractéristique la variation de l'ombre du bulbe.

LIPSCHUTZ insiste sur l'aspect flou de cette ombre ainsi que sur l'irritabilité et l'hyperémotivité du bulbe.

MILLER attire l'attention sur son irrégularité. KIRKLIN recommande trois sortes de symptômes :

— une irritabilité particulière;

— un aspect réticulaire du relief de la muqueuse.

— l'absence de rétention gastrique. Cela étant contraire aux véritables ulcères où elle existe dans un quart des cas.

Dans tous les cas, les plis de la muqueuse duodénale, si nets d'habitude, sont ici atténués ou disparus.

On attachera surtout un grand intérêt à l'étude du transit duodénal. Normalement il se fait par bouchées successives et quelques secondes suffisent pour la traversée. L'étude de ce transit apporte certaines particularités. Dans l'affection qui nous occupe la bouillie opaque subit un arrêt au niveau du genu inférius (communication de P. BRODIN). Sous l'influence de cet arrêt il se produit dans le duodénum une stagnation. On trouve alors, un genu inférius anormalement dilaté, une stase persistante, des mouvements péristaltiques et antipéristaltiques violents, parfois accompagnés d'un reflux dans l'estomac de liquide duodénal. Cette stase au genu inférius peut-être plus ou moins importante. Elle peut durer plusieurs minutes.

Mais il est utile de faire l'examen complet de tout le tube digestif. Il est de règle de trouver des signes radiologiques d'appendicite chronique ou de lésions de la fin de l'intestin grêle ou du gros intestin; dysergie iléo-cæcale de LARDENNOIS avec les signes caractéristiques suivants (PIOT).

— Dilatation iléale avec ou sans liquide de stase.

Parfois coudure de l'anse grêle ou déformation de l'angle iléo-cæcal.

— Aéro-iléie localisée.

— Stase cæcale persistante, rigidité du bord interne du cæcum.

— Insuffisance de la valvule de BAUHIN, reflux et stase du lavement bismuthé dans le grêle.

— Point douloureux iléo-cæcal surtout.

Par cette étude symptomatologique, nous avons cherché à montrer que si le diagnostic avec l'ulcère gastro-duodénal est parfois compliqué, du moins l'hésitation doit être tranchée par des examens complets du malade et une étude radiologique sérieuse.

ETUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE

A l'examen, on trouve un duodénum tantôt contracté, dense, peu mobile, de forme cylindrique, tantôt dilaté par la stase, mou, atone. La périoduodénite l'accompagne généralement, souvent associée à la périviscérite présentant une apparence soit de voile, soit de toile d'araignée ou des adhérences plus intimes avec les organes voisins.

Le retentissement lymphatique est constant et se manifeste par de l'adénopathie juxta-duodénale et au voisinage des vaisseaux mésentériques sous le péritoine pariétal postérieur.

DUCUING et FABRE citent une observation de chaîne ganglionnaire où les ganglions très nombreux, disposés deux par deux, réunissaient directement sous le péritoine postérieur les carrefours inférieur et supérieur de l'intestin grêle depuis la région iléo-cæcale jusqu'à la troisième portion du duodénum.

Dans la fosse iliaque, les artères cæco-appendiculaires sont souvent dilatées, sinueuses, turgescents.

L'appendice congestionné présente de l'hyperplasie et des érosions de la muqueuse, signes de l'appendicite chronique.

RAMOND et DARQUIER, dans un bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris (juillet 1925) font une étude approfondie des lésions de duodénite ces auteurs constatent une prédominance des lésions dans la région bulbaire, face postérieure.

La muqueuse duodénale normale possède un squelette conjonctif assez direct. Sa muscularis se divise en pinceaux musculaires entre lesquels viennent se loger les culs de sac brunneriens. Dans l'épaisseur de cette muqueuse, on trouve des plasmocytes, quelques lymphocytes, des capillaires et des vaisseaux lymphatiques. L'épithélium de revêtement comprend les cellules intestinales habituelles, élancées, à protoplasma clair et à cuticule terminale, avec par endroits quelques cellules caliciformes. Deux types de glandes : les unes, superficielles, du type LIEBERKUHN, les autres, profondes du type BRUN, NERIEU. Les lésions inflammatoires sont assez étendues et présentent une prolifération importante de plasmocytes, certains avec un protoplasma métachromatique ou éosinophile. On note l'apparition de polynucléaires neutrophiles et éosinophiles. La vascularisation se trouve augmentée, surtout en surface, dans la sous-basale. Plus en profondeur, on constate des amas de lymphocytes, parfois en véritables follicules clos. En général, l'inflammation est moins intense que dans la gastrite.

L'épithélium de revêtement est peu touché le plus souvent; dans d'autres cas, il devient cubique, s'affaisse,

son noyau s'arrondit et se colore fortement ainsi que le protoplasma.

Les cellules caliciformes disparaissent, le mucus de revêtement s'amincit, diminuant la résistance aux sucs digestifs. Par endroits, le revêtement disparaît favorisant par la suite l'apparition d'une ulcération superficielle. Les cellules des glandes de LIEBERKUHN résistent d'avantage; les tubes de BRUNNER de surface, environnés de tissu inflammatoire subissent quelques modifications. Leur protoplasme se teinte légèrement, leur noyau se détache de la basale et s'arrondit. Dans le cas d'hémorragie duodénale, il est souvent impossible de retrouver le point d'origine. Parfois, la muqueuse saigne en nappe, « pleure du sang » (MOYNIHAN). Parfois, on observe des érosions ou des petites ulcérations. Rarement enfin, dans la paroi, on a trouvé des embolies, septiques souvent, avec présence de cocci.

OBSERVATIONS

I

Monsieur G..., ouvrier agricole. 37ans. Marié 1 enfant. Père décédé d'accident à 30 ans, mère vivante, mais souffrant de l'estomac, soignée depuis plusieurs années pour bronchite chronique. Opéré d'appendicite il y a 10 ans. Depuis 3 ans, il souffre de l'estomac, par périodes d'abord puis constamment ensuite, actuellement surtout à 5 heures du soir et 3 heures du matin.

A l'examen : petit souffle systolique de la base avec propagation vers la clavicule.

Rien aux poumons. Réflexes normaux.

Pouls 72. T. A. : 15-8.

Sensibilité du point para-ombilical en position debout.

Radio : estomac sans déformation ni liquide à jeun, accumulation de la baryte dans le bas fond, puis évacuation légère par un bulbe irrégulièrement déformé et avec arrêt du gēnu infērius.

Le soir le colon droit est injecté jusqu'à la première moitié du transverse qui est très ptosé.

Le lendemain : seul le colon gauche est encore injecté mais persistance d'une tache de baryte dans le bas fond cæcal, le surlendemain : tout l'intestin est évacué.

II

Monsieur M..., Joseph. Soigné depuis 3 ans pour ulcère du duodénum.

L'examen clinique met en évidence un point iliaque droit en position debout.

L'examen radiographique est pratiqué : un peu de liquide gastrique à jeun. Le bulbe est régulier, mais on constate un arrêt au genu inférius avec ébauche de va-et-vient et retard d'évacuation de l'estomac.

Après 48 heures : seul le bas fond cæcal renferme encore de la baryte et il est sensible debout et couché.

A l'intervention : appendice court et congestionné avec réaction ganglionnaire importante.

III

Monsieur C..., soigné depuis plusieurs années pour ulcère du pylore. Nausées fréquentes.

L'examen clinique montre l'existence d'un point douloureux iliaque droit.

A la radio : on ne trouve aucune lésion du pylore mais par contre un arrêt au genu inférius avec dilatation à ce niveau et va-et-vient. Douleur au bas fond cæcal bas situé.

L'intervention pratiquée montre un appendice rétro-cæcal, très long, très congestionné, surtout à son extrémité.

IV

Monsieur M..., souffre de l'estomac depuis 3 ans avec parfois des vomissements.

L'examen clinique montre un point iliaque droit très marqué surtout debout.

L'examen radiologique met en évidence un arrêt de la baryte au niveau du genu inférius et une douleur localisée au bas fond cæcal.

A l'intervention, on rencontre un appendice rétro-cæcal très long, adhérent, coudé à son extrémité, congestionné.

V

Monsieur J..., se plaint depuis 10 ans de douleurs d'estomac après les repas, accompagnées parfois de vomissements. L'examen clinique montre l'existence d'un point douloureux iliaque droit très marqué, surtout debout.

Point para-ombilical droit debout.

A l'examen radiographique : arrêt au genu inférius avec dilatation à ce niveau et reflux partiel lors du passage d'une grosse bouchée. Transit rapide avec spasme à la fonction du cæcum et de l'ascendant. Douleur à ce niveau.

Au bout de 48 heures tout l'intestin est évacué à l'exception d'une tache dans le bas fond cæcal qui est sensible debout et couché.

Intervention pratiquée le 14 novembre 1939 : appendice rétro-cæcale très long, coudé dans son quart terminal, avec congestion très marquée de l'extrémité qui est augmentée de volume.

VI

Monsieur B..., René. 45 ans. Electricien. Marié. Un enfant.

Rien dans les antécédents héréditaires ou collatéraux blessé en 1914 : commotion cérébrale.

A 25 ans, surviennent vomissements, hématomèses et douleurs d'estomac. Depuis, il souffre par périodes. Crises de quelques jours revenant plus fréquemment depuis plusieurs mois.

A l'examen : rien à l'auscultation. Réflexes normaux. Pouls : 88. T. A. : 17-9.

Léger point para-ombilical droit en position debout.

A la radiographie : pas de lésions pulmonaires.

L'examen de l'estomac ne décèle ni déformation, ni présence de liquide à jeun.

Pas de passage de la bouillie barytée au début puis évacuation assez rapide. On note un bulbe linéaire ne paraissant s'injecter complètement qu'à la pression. Existence d'une stase cœcale après 48 heures.

VII

Monsieur H... 35 ans, imprimeur typographe. Père décédé de cancer d'estomac.

Sœur décédée à 30 ans de cancer.

Opéré d'appendicite après crise aiguë en 1927.

Depuis 1931, il « souffre de l'estomac ». Il continue actuellement à souffrir le matin à jeun.

Examen : auscultation négative. T. A. : 16-9.

Léger point para-ombilical.

A la radio : pas de lésions pulmonaires. Estomac sans déformation ni liquide à jeun. Pas de passage de la bouillie barytée au début, puis évacuation lente par une deuxième portion duodénale allongée sous-jacente avec arrêt momentané au genu inférius. A ce niveau existe une dilatation. Evacuation au delà du passage d'une grosse bouchée.

VIII

Monsieur T... Roger. 38 ans. Administrateur de Société. Marié. Antécédents héréditaires : père, ayant eu un ulcère d'estomac, décédé de néphrite chronique.

Collatéraux : une sœur souffrant de l'estomac personnels : opéré d'appendicite en mars 1939. Se plaint de douleurs vives et périodiques de la région épigastrique avec irradiations dans le dos. Vomissements fréquents.

L'examen est négatif. On note seulement une sensibilité à la palpation de l'épigastre.

A la radio : pas de liquide à jeun dans l'estomac. Bulbe irrégulier. Stase au genu inférius. Angulation de la deuxième portion du duodénum en dehors.

IX

Monsieur A... Séraphine. 27 ans. Ouvrier agricole. Pas d'antécédents héréditaires ou collatéraux. Antécédents personnels : mastoïdite à 11 ans. A 24 ans, gastralgies violentes, aigreurs après les repas, vomissements tardifs, constipation opiniâtre.

Ces troubles sont atténués par un régime sévère.

Depuis quelques mois, il ressent à nouveau des brûlures d'estomac et des nausées fréquentes.

A l'examen : le point para-ombilical droit est douloureux en position verticale. Léger point de Mac BURNEY.

A la radio : arrêt de la bouillie au genu inférior et va-et-vient, sensibilité à ce niveau.

X

Monsieur D... Manuel. 38 ans. Célibataire. Aide mécanicien. Pas d'antécédents héréditaires ou collatéraux.

Opéré en 1937 de gastro-entérostomie pour ulcus gastrique. Continue à souffrir depuis.

A la radio : on trouve une mauvaise évacuation par la bouche de gastro-entérostomie qui paraît trop haut placée. Passage par le pylore avec arrêt au genu inférior et va-et-vient. Retard d'évacuation de l'estomac.

Bas fond cæcal encore injecté après 48 heures.

XI

Monsieur B... René. 39 ans. Marié. 2 enfants. Entrepreneur.

Opéré d'appendicite en 1928 et de fistule anale en 1938.

Se plaint de douleurs épigastriques et de perte de l'appétit.

A l'examen : appareil respiratoire normal, cœur normal, T. A. : 14-10. Réflexes normaux.

Sensibilité à la palpation de la région para-ombilicale.

A la radio : l'étude du transit ne montre pas de pas-

sage au début, puis évacuation lente. Arrêt momentané au genu inférius. Constipation prolongée.

XII

Monsieur I... 36 ans. Artisan. Marié. Pas d'antécédents héréditaires ou collatéraux.

En 1933 : il subit une gastro-entérostomie pour ulcère. Appendicectomie en 1938.

Vient pour examen radiographique : évacuation rapide par une bouche haut placée, mais passage léger par le pylore avec arrêt au genu inférius. Bulbe linéaire le lendemain. Tout l'intestin est encore injecté avec sensibilité du bas fond cæcal. Le surlendemain : colon gauche encore injecté.

XIII

Monsieur C... 27 ans. Peintre. Marié. Dysenterie en 1929. Se plaint d'un point de côté dans le dos à droite.

Indigestions fréquentes.

Examen : rien à l'auscultation. Réflexes normaux. T. A. : 16-8. Pouls : 80.

Point para-ombilical droit douloureux par la palpation debout.

A la radio : arrêt de la bouillie au genu inférius, mouvement de va-et-vient avec injection assez persistante de la seconde portion du duodénum.

Le lendemain : tout l'intestin est encore injecté avec sensibilité du cæcum, bas situé, en position debout et couchée, et recourbé en dedans.

Le surlendemain : il persiste de la baryte diffuse dans tout l'intestin, surtout dans le bas fond cæcal sensible et légèrement coudé.

XIV

Monsieur C... Electricien. 38 ans. Marié. 2 enfants.
Pas d'antécédents héréditaires.

Antécédents collatéraux : 2 sœurs décédées l'une avec paralysie des jambes à 18, l'autre à 33 ans d'affection cardiaque.

Antécédents personnels : congestion pulmonaire il y a un an, otite chronique depuis des années.

A l'examen : rien à l'auscultation.

Réflexes faibles. T. A. : 17-8.

Point para-ombilical droit sensible debout.

A la radio : pas de lésions pulmonaires. Estomac sans liquide à jeun, à évacuation précoce, mais arrêt au génu inférius avec va-et-vient et évacuation lors du passage d'une grosse bouchée.

Le soir : baryte dans l'estomac. Colon injecté jusqu'à la portion moyenne du transverse. Aérocolie gauche. Le lendemain : tout l'intestin est encore injecté. Douleur au bas fond cæcal, bas situé, debout et couché.

Le surlendemain : tout l'intestin est évacué à l'exception d'une petite portion du bas fond cæcal très sensible debout et couché.

XV

Monsieur L... Paul. 30 ans. Boucher. Marié. 1 enfant.
Pas d'antécédents collatéraux ou héréditaires. A maigri

de 10 kilos en quelques mois (48 au lieu de 58). Souffre de la région épigastrique par périodes. Sans horaires fixes, ne peut supporter le vin et les épices.

A l'examen : rien à l'auscultation. Réflexes normaux.

T. A. : 16-8.

A la radio : liquide à jeun. Estomac allongé s'évacuant précocement mais tendance à l'arrêt au niveau du genu inférius avec va-et-vient.

Le lendemain : stase bipolaire. Cæco ascendant fortement injecté. Douleur au bas fond cæcal.

Le surlendemain : il ne persiste qu'une grosse tache dans le bas fond cæcal, avec appendice visible, replié sur lui-même, invisible à son origine sur le cæcum.

XVI

Monsieur L... Marcel. 38 ans. Marié. 2 enfants. Représentant.

Pas d'antécédents

Opéré d'appendicite il y a 16 ans. Vient consulter pour douleurs d'estomac continues avec nausées.

Examen : rien aux poumons. Cœur normal. Réflexes normaux.

T. A. : 17-9. Pouls : 64.

Point para-ombilical droit douloureux en position debout

Radio : estomac sans déformation ni liquide à jeun avec bulbe paraissant régulier puis, arrêt au genu inférius et va-et-vient.

Le lendemain : tout l'intestin est encore injecté.

Le surlendemain : l'intestin est évacué.

XVII

Monsieur L... André. 36 ans. Marié. 1 enfant. Agent d'assurances.

Parents vivants, bien portants.

3 frères, l'un décédé de méningite à 2 ans.

Début des troubles en 1932 par hyperchlorhydrie avec mauvais état général et amaigrissement. On pense alors à un ulcus gastrique. Une radiographie faite à l'époque ne montre pas d'image pathologique.

Avec un régime sévère et un traitement médical les troubles s'amendent quelque temps. Depuis quelques mois, amaigrissement nouveau et réapparition des troubles.

Examen : rien à l'auscultation. Réflexes normaux.
T. A. : 16-8.

Point para ombilical droit sensible debout.

A la radio : pas de lésions pulmonaires.

Estomac sans déformation ni liquide à jeun. Bulbe régulier, évacuation assez précoce mais arrêt à la portion moyenne de la deuxième partie du duodénum et va-et-vient. Evacuations au delà par grosses bouchées seulement.

Le lendemain : tout le cadre colique est injecté. Descendant spasmé Point douloureux sur le bas fond cæcal debout et couché. Appendice visible. Le surlendemain : tout l'intestin est évacué.

XVIII

Monsieur P... 25 ans. Cultivateur. Célibataire. Opéré d'appendicite il y a 2 ans en crise aiguë

Vient consulter pour douleurs gastriques survenant par périodes.

T. A. : 16-8. Pouls : 68.

Poumons : quelques sibilances.

Réflexes normaux.

Point para ombilical droit douloureux à la pression en position debout.

A la radio : estomac sans déformation ni liquide à jeun. Evacuation assez précoce, arrêt au genu inférius. Dilatation à ce niveau va-et-vient.

Le lendemain : tout l'intestin est encore injecté. Le surlendemain : petite trainée de baryte dans le bas fond cæcal.

IXX

Monsieur V... Marcel. 35 ans. Marié. 2 enfants. Maréchal ferrand.

Rhumatisme polyarticulaire il y a 3 ans. Tendance à la reprise chaque année.

Se plaint de brûlures d'estomac par périodes depuis 20 ans, surtout la nuit.

T. A. : 16-8. Rien à l'auscultation.

Réflexes vifs. Sensibilité diffuse de l'abdomen. Point para-ombilical sensible debout.

Radio : scoliose légère. Pas de lésions pulmonaires. Estomac sans déformation ni liquide à jeun. Evacuation assez précoce mais arrêt prolongé au genu inférius et angulation en dedans de la seconde portion du duodénum.

Le lendemain : tout l'intestin est évacué à l'exception

du cæco-ascendant sensible couché. Le surlendemain : tout l'intestin est évacué.

XX

Monsieur V... Henri. 42 ans. Garde forestier. Marié. 3 enfants.

Gazé en 1916. Bronchites fréquentes.

Depuis 2 ans, souffre de crises douloureuses abdominales presque toute la journée. Constipation.

A l'examen : auscultation négative. Réflexes vifs.

T. A. : 16-9. Pouls : 76.

Point para-ombilical droit douloureux, surtout debout.

Radio : pas de lésions pulmonaires.

Estomac sans déformation ni liquide à jeun. Evacuation lente avec arrêt prolongé au genu inférius, angulation externe, va-et-vient avec ralentissement au genu inférius.

Le lendemain : tout l'intestin est injecté depuis l'angle droit.

Le surlendemain : il ne reste de baryte que dans le descendant.

XXI

Monsieur V... Jean. 35 ans. Dessinateur. Marié. Pas d'enfants

Opéré d'appendicite il y a 13 ans

Crises douloureuses abdominales, parfois douleur aiguë dans le flanc droit.

T. A. : 16-9. Pouls : 80.

Rien à l'auscultation. Réflexes vifs.

Point para ombilical douloureux.

Radio : calcification juxta-hilaire gauche. Estomac sans déformation ni liquide à jeun, sans passage au début puis évacuation lente avec arrêt au genu inférius.

Le lendemain : tout l'intestin est injecté avec bas fond cæcal opaque et sensible couché.

Le surlendemain : tout l'intestin est évacué à l'exception d'une trace dans le bas fond cæcal assez sensible.

ETUDE DIAGNOSTIQUE

La duodénite comprenant des troubles très différents, gastriques, hépatiques, intestinaux, nous devons poser le diagnostic avec les affections spécifiques de ces trois appareils.

Les affections de l'estomac se distingueront par des douleurs à heures fixes de siège particulier avec des signes cliniques ou radiologiques caractéristiques.

Nous éliminerons la présence d'une cholécystite par l'absence de points vésiculaires et surtout par la radiographie des voies biliaires après injection de radiotétrane colloïdal. La lithiase est plus fréquente chez la femme, les douleurs vésiculaires sont moins régulièrement tardives, l'ingestion de carbonate de Bismuth à hautes doses ne les calme pas.

De même la radiographie de l'intestin après baryte, l'examen des selles, écarteront l'hypothèse d'une affection intestinale.

Dans tous les cas, on ne manquera pas de rechercher le point para ombilical droit. Ce point existe... : on se trouve devant une lésion du carrefour pyloro duodénal.

Reste alors le diagnostic, le plus compliqué, avec l'ulcère duodénal. On basera après un examen approfondi la différenciation sur les signes cliniques particuliers, l'absence de niche dans les clichés radiographiques du bulbe pris en série, l'absence de rétention gastrique.

Dans le cas de duodénite l'étude du transit duodénal montrera un bulbe irrégulier, s'irritant facilement, et surtout, ce qui affirmera le diagnostic un arrêt de la bouillie barytée au genu inférius et une stase à ce niveau.

TRAITEMENT

Le traitement doit entrer en action le plus tôt possible et éliminera avant tout la lésion causale par l'ablation de l'appendice et des adhérences iléo-cæcales. Les lésions annexielles, quand elles existent, sont traitées comme il convient.

Contre la duodénite, nous disposerons de procédés efficaces pour atténuer les douleurs et les malaises et pour traiter les lésions : le repos, un régime alimentaire, les applications locales épigastriques, des prescriptions médicamenteuses, la physiothérapie et enfin, après échec du traitement médical, l'intervention chirurgicale.

Le repos, physique et moral, avant tout est indispensable. Habituellement, il suffit de recommander au malade d'éviter la fatigue et les préoccupations, en écartant surtout tout surmenage post-prandial.

On conçoit aussi l'importance du régime. Il doit se composer d'aliments facilement digestibles et non irritants pour la muqueuse. La diète hydrique et le régime lacté, pur ou mitigé, conviennent à certains cas très douloureux, mais dans la thérapeutique courante on utilise

des régimes de libéralité croissante. Le lait est, en général, facilement digestible, les bouillies sont des aliments de digestion facile sans condiments ni éléments irritants pour la muqueuse gastro-duodénale. Les potages au lait seront cuits pendant trois quarts d'heure en évitant la formation de grumeau. On utilisera les farines de blé, d'orge, d'avoine, de riz, de semoule. La pomme de terre, bouillie ou cuite, écrasée est un peu plus lourde qu'en purée, elle peut néanmoins aussi être conseillée.

Le pain, très mauvais aliment pour les dyspeptiques sera pris en petite quantité, grillé ou sous forme de biscottes.

Après amélioration on ajoutera les pâtes, les légumes frais hâchés et passés tels que salades cuites, épinards, haricots verts, carottes, fonds d'artichauds.

Les viandes maigres seront autorisées, grillées ou rôties sans sauces et à la condition d'être soigneusement mastiquées.

Parmi les poissons, on choisira les variétés maigres, sole, limande, brochet, etc...

Les desserts se composeront de fromages maigres non fermentés, miel, fruits cuits et passés ou plus rarement, un fruit cru bien mûr tel que pêche ou raisin.

On recommande de manger à des heures régulières, très lentement, en mastiquant soigneusement.

Les applications locales épigastriques possèdent une action sédative manifeste : on utilise suivant les cas les

compresses humides chaudes, recouvertes de taffetas gommé, la vessie d'eau chaude.

Les prescriptions médicamenteuses tendront à protéger la surface de la muqueuse et à exercer une action cicatrisante et antiseptique.

Le carbonate de bismuth se prescrira à la dose de 10 à 20 grammes un quart d'heure avant les repas ou par paquets de 5 grammes dans le cours de l'après-midi ou de la soirée. On pourra lui substituer le kaolin, moins coûteux. RAMOND recommande pour les dyspepsies l'emploi de la gélose en paquet de 0,10 gramme ou de la gélose gélatine. On fait bouillir un paquet dans une tasse d'eau aromatisée et on fait boire avant la coagulation de la gelée. On pourra utiliser le sulfate de baryum colloïdal, le charbon animal purifié.

Les poudres alcalines à base de bicarbonate, sulfate de soude, de magnésie, de craie se prescrivent dès le début des douleurs.

On donnera des antiseptiques tels que le collargol.

La belladone ou l'atropine lèveront le spasme. On luttera contre l'atonie intestinale par des injections répétées de chlorure de sodium hypertonique, ce produit exciterait par action sur le sympathique la motricité intestinale. Il produirait aussi de bons effets contre l'intoxication duodénale, peut être par un rétablissement de l'équilibre chloré.

La thérapeutique par le choc a aussi été préconisée.

Parmi les autres méthodes nous retiendrons la diathermie agissant comme régulateur de la motricité et de la sécrétion. L'électrode active représentée par une large plaque d'étain sera placée sur la région douloureuse, la plaque négative sur la région dorso-lombaire. L'intensité sera progressivement poussée, les séances seront de trois-quarts d'heure. Les bains solaires, les rayons ultra-violets auraient une action analogue. Les ondes courtes, en plus de leur action analgésiante auraient l'avantage d'agir sur le sympathique.

Dans les cas où malgré l'ablation de l'appendice et un traitement médical actif et prolongé, les troubles persistent, alors seulement, on recourra au traitement chirurgical.

Sela l'étendue des lésions, la méthode de choix sera la gastrectomie ou la duodéno-jéjunostomie.

CONCLUSIONS

La Duodénite, dans sa forme pseudo-ulcéreuse occupe une place de plus en plus grande parmi les affections dont le duodénum peut être le siège.

Sa pathogénie s'explique par le retentissement à distance, au niveau du carrefour duodénal et par voie lymphatique, d'inflammations à point de départ iléo-cæcal, l'appendicite chronique en étant la cause la plus fréquente. Bien que présentant un tableau clinique très voisin de celui qu'offre l'ulcère duodénal, le diagnostic de la duodinite pseudo-ulcéreuse peut se faire par l'étude radiologique du transit digestif. Cette étude permet de mettre en évidence, d'une part au niveau du Duodénum les irrégularités du bulbe qu'elle détermine et la stase duodénale par spasme au niveau du genu inférius qui en est la cause, d'autre part des lésions de la région iléo-cæcale, origine d'une propagation lymphatique de l'infection au duodénum.

Le traitement sera le plus précoce possible et devra viser, en même temps que la lésion duodénale la lésion causale en supprimant le point de départ par l'ablation

d'un appendice chroniquement enflammé et des adhérences iléo-cæcales qui accompagnent son inflammation.

Dans certains cas seulement, si les troubles persistent malgré le traitement médical et l'appendicectomie, on sera autorisé à recourir à l'intervention chirurgicale : gastrectomie ou duodéno-jéjunostomie.

Vu

Le Doyen :
TIFFENEAU

Vu

Le Président de la Thèse :
LEMIERRE

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris
ROUSSY

BIBLIOGRAPHIE

ANDERSEN. — Sur la gastroduodénite. (*Acta Medica Scand.* 29 décembre 1934).

ANDREWS. — Inflammatory disease of duodenum simulating carcinoma. (*S. clin North. America.* June 1927).

BARBY (J.). — Sur la duodénite. (*Thèse Paris* 1936).

BAUDIN. — Sur la duodénite chronique. (*Thèse Paris* 1877).

BOUCHUT-RAVAULT. — De la pyloroduodénite. (*Lyon Médical*, 25 décembre 1926).

BRODIN et Mme TEDESCO. — Les spasmes duodénaux dans l'appendicite chronique et les inflammations du colon droit. (*Bulletin de la Société de Gastro-entérologie.* Juin 1934).

CSONT. — Le diagnostic des inflammations du duodénum.

DOBERER. — Tableau pathologique de la Gastroduodénite adhésive. (*Wiener Kl. Woch.* Avril 1933).

GARRY. — La duodénite et son traitement chirurgical. (*The Lancet.* 19 juin 1937)

GUBERGRITZ, TCHAYKA. — Problem of duodenitis. (*Klin Med.* Décembre 1938).

HUGUET. — Un cas de duodénite hypertrophique. (*Société de radiologie du littoral Méditerranéen*. 18 mars 1934). (*Marseille Médical*. 15 mai 1934.)

JUDD et NAGEL. — Duodenitis. (*An. surg.* Mars 1937).

KIRKLIN. — Duodenitis its roentgenologic characteristics. (*Americ. s. roentg.* Mai 1934).

LENOIR et BRODIN. — Le point para ombilical droit recherché en mettant le malade en position verticale. Son importance pour le diagnostic des lésions pyloroduodénales. (*Arch. des Mal. de l'app. dig.* T. XVII, n° 9, 1927).

LESAGE — Note sur un cas de duodénite. (*France Médicale*. Paris 1820).

LEWY, COTTENOT, CHERIGIÉ. — L'aspect en damier du duodénum. (*Société de Gastro-entérologie*. Paris Juillet 1935).

LOEPER et FICAI. — Duodenites. (*Bulletin Société anat.* Paris 1907).

MOLHAUT. — La gastroduodénite érosive dite ulcéreuse. La pathologie et son traitement. (*Le Scalpel*. 20 février 1938).

MOUTIER. — Duodénites. (*Encyclopédie Médico-Chirurg.* Fiche 9.032).

PAVEL et SAUNESCO PODEANO. — Les duodénites.

RAMOND. — Les maladies de l'estomac et du duodénum. MASSON Editeur. 1927.

RAMOND et DARQUIER. — Les duodénites au point de vue

étiologique et anatomo-pathologique. (*Société Médicale des Hôp. de Paris*, 24 juillet 1925).

RAMOND et JAQUELIN. — Gastrites et duodénites. (*Les cahiers de gastro-entérologie*, 1936).

SCHULDMANN. — Contribution à l'étude des antro-pyloro-duodénites non ulcéreuses. (*Thèse Paris* 1933).

Imprimé par R. FOULON
29, rue Deparcieux, Paris XIV.
